



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

387/220 - PRIMUM NON NOCERE

S. Ubierna Llona¹, M. Quijano Reventún¹, C. Vallejo López¹, M. Puchol Palomar², M. González Piñuela¹

¹Médico de Familia. Centro de Salud de Laredo. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Laredo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 41 años sin antecedentes patológicos de interés ni alergias medicamentosas conocidas, que acude a urgencias por presentar abundantes deposiciones (20 al día), junto con moco y hematoquecia. Todo comenzó hace un mes cuando por un cuadro de faringoamigdalitis le pautaron Cefixima por vía oral. Fue valorada en urgencias en dos ocasiones, en una de ellas ingresó (no se llegó a realizar colonoscopia). Le recogieron coprocultivo y toxina de *C. difficile*, siendo ambos negativos. Le pautaron metronidazol con clara mejoría de los síntomas, permaneciendo asintomática durante 2 semanas. Siete días previos al episodio actual, comienza de nuevo con deposiciones abundantes y hematoquecia, junto con dolor abdominal tipo retortijón. Niega fiebre o sensación distérmica. No presenta náuseas ni vómitos. Actualmente se encuentra en tratamiento con probióticos y loperamida.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: T^a: 37 °C, TAS: 142 mmHg, TAD: 81 mmHg, FC: 116 lpm, SATO2: 100%. Consciente y orientada. Buen estado general. Afebril. Eupneica en reposo. Bien hidratada y normocoloreada. AC rítmica, sin soplos. AP: buena ventilación bilateral. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, ruidos presentes. EEII pulsos pedios presentes. Tacto rectal: caliente, no palpo masas ni megalias. SOH positivo. Analítica: hemograma: leucocitos 9.100, 6.200n, 2.000l, hb 14,8 g/dl, plaquetas 219.000, bioquímica: glucosa 92, función renal normal, iones normales, PCR: 2,5 mg/dl. Rectosigmoidoscopia: se explora hasta 40 cm de margen anal sin apreciarse hallazgos patológicos.

Juicio clínico: Diarrea infecciosa por *Clostridium difficile* con primera recidiva.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad inflamatoria intestinal: colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. Diverticulitis. Colitis isquémica. Enfermedad de Behçet.

Comentario final: *Clostridium difficile* es un bacilo anaerobio, presente en menos del 3% de los sujetos sanos. Se llega a identificar en el 10% de los casos de diarrea relacionada con antibióticos en el ámbito extrahospitalario, fundamentalmente tras el uso de cefalosporinas y clindamicina. El diagnóstico debería sospecharse ante cualquier paciente que desarrolle diarrea mucosanguinolenta durante el curso de un tratamiento antibiótico o en las 6-8 semanas siguientes a su interrupción. En el presente caso clínico, el cuadro de faringoamigdalitis aguda debería haberse tratado, en el caso de que hubiera precisado antibiótico, con una amoxicilina en vez de utilizar una cefalosporina de tercera generación: *primum non nocere*.

Bibliografía

Montoro M. Gastroenteritis infecciosas. En: Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.

Bellido JB. 6ª Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. Epidemiología de las Gastroenteritis Agudas Víricas, 2007; Rev Med Med Clin Condes. 2015;26(5)687-95.